

がん化学療法プロトコール登録票Ver.1

適応外使用 有 無

□審査日(年 月 日)

申請日: 2011年 1月 21日

改訂日: 年 月 日

登録確認日: 年 月 日

登録削除日: 年 月 日

プロトコール審査委員会記載欄	
受付番号	
診療科	
ICD10	
登録番号	

診療科	診療科長	申請医師	PHS
がん化学療法科	加藤 誠二 印	加藤 誠二 印	6492

プロトコール名		略称	1クールの日数	
食癌、低用量シタリブチン5FU併用放射線療法			放射線療法併用	
適応病名	食癌		所要時間	
実施部署	<input type="checkbox"/> 外来、 <input checked="" type="checkbox"/> 病棟	放射線療法	<input type="checkbox"/> なし、 <input checked="" type="checkbox"/> あり	
適応分類	<input checked="" type="checkbox"/> 初発、 <input checked="" type="checkbox"/> 進行・再発、 <input type="checkbox"/> 術後補助、 <input type="checkbox"/> 術前補助、 <input type="checkbox"/> 超大量、 <input type="checkbox"/> 遺伝子、 <input type="checkbox"/> その他()			
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> ガイドライン・文献、 <input type="checkbox"/> 倫理委員会審査結果、研究計画書、 <input type="checkbox"/> その他()			
番号	抗がん剤名(商品名)・略号	1日投与量	投与手技	投与日(d1, d8等)
1	シタリブチン	5mg/body	div.	d1-5, d8-12...
2	5FU	200mg/body	div.	"
3		200mg/m ²		
4				
5				
6				
7				
臨床使用分類	<input type="checkbox"/> 治療(エビデンスレベル <input type="checkbox"/> Ia <input type="checkbox"/> Ib <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> IV) (ガイドライン上の推奨グレード <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D)			
エビデンス	<input type="checkbox"/> ガイドライン、 <input checked="" type="checkbox"/> 文献、 <input type="checkbox"/> その他()			
ガイドライン名				
文献名	Journal of Surgical Oncology 2000. 74. 134-137			
減量規定等				
本療法の概略 および位置付け	規程、FV療法に併用する 胃がん患者や高齢者に対する シタリブチン			
その他				

